

терной «триады» симптомов (осиплость голоса, грубый «лающий» кашель и шумное (стенотическое) дыхание), а также другие проявления ОРВИ. Более тяжелое течение ОЛТ у детей, возможно, связано с присоединением бактериальной флоры.

Литература:

1. Делягин, В.М. Острые респираторные заболевания у детей / В.М. Делягин // Педиатрия. 2009. - № 1. – С. 38–42.
2. Геппе, Н.А. Острый обструктивный ларингит (круп) у детей: диагностика и лечение (по материалам клинических рекомендаций) / Н.А. Геппе, Н.Г. Колосова, А.Б. Малахов, И.К. Волков // Русский медицинский журнал. - 2014. - №14. - С. 305-308.
3. Махкамова Г. Г. Результаты изучения этиологии крупа у детей и оценка эффективности ингаляционных кортикостероидов / Г. Г. Махкамова, Э. А. Шамансурова // Педиатр. фармакология. - 2009. - № 4. - С. 35-39.
4. Савенкова, М.С. Современные аспекты этиопатогенеза и тактики ведения детей с острым стенозирующим ларингитом / М.С. Савенкова // Педиатрия. – 2007. - 87(1). – С. 133–138.
5. Wald, E.L. Croup: common syndromes and therapy / E.L. Wald // Pediatr. Ann. – 2010. - № 39(1). – P. 15–21.

АЛГОРИТМ ЭКСПЕРТНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ОСНОВНОЙ ИНВАЛИДИЗИРУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ НЕФРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Басалай И. А., Власова-Розанская Е. В., Львова Н. Л.

ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации»

Заболевания почек сопровождаются разнообразной клинической картиной: от бессимптомной гематурии до симптомов нефротического синдрома и почечной недостаточности. Поэтому актуальна и проблема инвалидности вследствие нефрологической патологии. Это связано с преобладанием среди инвалидов лиц трудоспособного возраста и развитием у пациентов почечной недостаточности.

Целью исследования являлась разработка алгоритма экспертно-реабилитационной диагностики состояния пациентов с основной инвалидизирующей патологией нефрологического профиля.

Материалы и методы. Научное исследование проведено на основании обследования группы пациентов трудоспособного возраста с основной патологией нефрологического профиля.

Данные о состоянии пациентов получены на основании клинико-экспертного анализа медицинской и медико-экспертной документации, в ходе клинико-диагностического обследования.

В целевую выборку были включены 62 пациента со следующими нозологическими диагнозами, согласно МКБ-10:

- пациенты с гломерулярными болезнями (N00 -N08), в том числе с хроническим гломерулонефритом – 16 (25,8%);

- пациенты с тубулоинтерстициальными болезнями (N10-N16), в том числе с хроническим пиелонефритом – 12 (19,35%) и сочетанием хронического пиелонефрита с мочекаменной болезнью – 4 (6,45%); хроническим интерстициальным нефритом – 9 (14,5%);

- пациенты с гломерулярными поражениями при СД (N08.3*), в том числе с диабетической нефропатией – 9 (14,5%);

- пациенты с гломерулярными поражениями при системных болезнях соединительной ткани (N08.5*), в том числе гломерулярные поражения при СКВ – 6 (9,7%);

- пациенты с кистозной болезнью почек (Q61) – 6 (9,7%).

Среди обследованных пациентов было 25 (40,3%) мужчин и 37 (59,7%) женщин. Средний возраст обследованного контингента составил $44,9 \pm 1,7$ лет. Возрастно-половая структура пациентов, включенных в исследование, представлена в табл. 1.

Таблица 1. – Возрастно-половая структура пациентов, включенных в исследование

Возраст (лет)	Пол пациентов					
	мужской		женский		всего	
	количество пациентов		количество пациентов		количество пациентов	
	abs	%	abs	%	abs	%
21-25	7	11,3	2	3,2	9	14,5
26-30	2	3,2	2	3,2	4	6,4
31-35	1	1,6	3	4,8	4	6,4
36-40	-	-	2	3,2	2	3,2
41-45	1	1,6	5	8,0	6	9,6
46-50	4	6,5	4	6,5	8	13,0
51-55	1	1,6	12	19,4	13	21,0
56-60	9	14,5	6	9,7	15	24,2
старше 60	-	-	1	1,6	1	1,6
Всего	25	40,3	37	59,6	62	100,0

Наиболее представительной среди обследованных пациентов была группа 56-60 лет, в которую входили 15 пациентов (24,2%). В возрастную группу 51-55 лет входили 13 (21%) пациентов, меньше пациентов вошли в возрастную группу 21-25 лет – 9 чел. (14,52%), в группу 46-50 лет – 8 чел. (13%), в остальные группы на данном этапе исследования входили от 1 до 6 чел.

На момент обследования являлись инвалидами 43 (69,4%) пациента (рис. 1).

В работе применялись наиболее информативные, широко используемые в практической деятельности методы обследования, с помощью которых можно получить полную информацию об отклонениях или утратах структур и функций организма, вовлеченных в патологический процесс, оценить ограничения жизнедеятельности у пациентов.

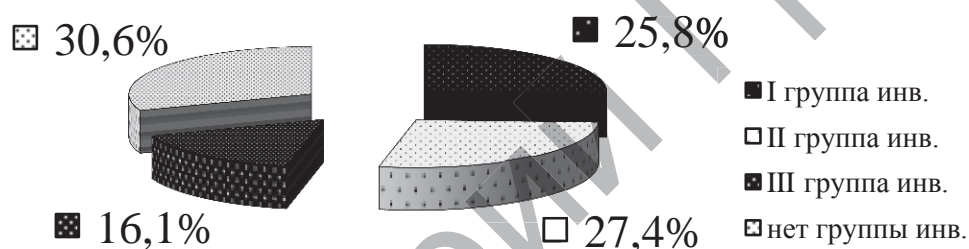


Рисунок 1. – Структура инвалидности у пациентов, включённых в исследование

В ходе исследования был разработан алгоритм экспертно-реабилитационной диагностики, который включает следующие блоки:

Первый блок – клинико-функциональная диагностика (процедура, объединяющая совокупность методов получения достоверных данных о состоянии здоровья, нарушенных и сохранных функций организма пациента, достаточных для вынесения экспертного решения об инвалидности и потребностях инвалидов в мерах, средствах и услугах медицинской реабилитации и абилитации).

Комплексное клинико-диагностическое обследование пациентов в соответствии с алгоритмом включает следующие методы:

1) *анамнестический метод* (уточняются паспортные данные пациента, проводится оценка субъективных ощущений пациен-

том своего общего состояния, исследуется анамнез жизни и заболевания);

2) *физикальные методы* исследования для оценки соматического статуса пациента (осмотр, перкуссия, пальпация, аускультация);

3) *клинико-лабораторный и клинико-инструментальный методы* включают перечень обязательных и дополнительных диагностических исследований.

Второй блок – психологическая экспертно-реабилитационная диагностика, которая состоит из оценки трех компонентов психической деятельности человека: состояния высших психических функций и динамики умственной деятельности; эмоционально-волевой сферы; особенностей личности, что позволяет выявить дефект познавательной деятельности у пациента, реакцию его на ситуацию, связанную с заболеванием и инвалидизацией, изменение структуры мотивов, интересов, потребностей, самовосприятие и самооценку инвалида в новой социальной роли.

Третий блок – этап социальной экспертно-реабилитационной диагностики, которая характеризует влияние факторов окружающей среды на функционирование пациента. Для выявления барьеров и облегчающих факторов окружающей среды собирается информация о бытовом окружении, сведения об уровне образования, основной профессии, характере и тяжести выполняемой работы, выясняются бытовые условия пациента, наличие трудоспособных и нетрудоспособных членов семьи, степень их материального обеспечения, степень физической и эмоциональной поддержки со стороны семьи и ближайших родственников, жилищные условия, отдалённость жилья от места работы и т.д.).

Разработанный алгоритм экспертно-реабилитационной диагностики при основной инвалидизирующей патологии нефрологического профиля позволяет провести комплексную экспертно-реабилитационную диагностику основных последствий болезней почек (кардиопульмональных, гематологических, эндокринных и др.), а также выявить барьеры и облегчающие факторы окружающей среды.